

# حمایت مسکن برای اعضای Medi-Cal

## آیا شما یا عضوی از خانوادتان مشکل مسکن دارید؟

ما می‌توانیم کمک کنیم. برنامه‌های Medi-Cal Enhanced Care Management و Community Supports به اعضای واجد شرایط Medi-Cal و آنهایی که نیازهای پزشکی پیچیده دارند حمایت بیشتری ارائه می‌دهند.\*

### برنامه‌های حمایت مسکن در امور زیر می‌توانند به شما کمک دهند:

#### بازیابی

یافتن یک مکان ایمن برای بازیابی پس از ترخیص شدن از بیمارستان در صورتی که مسکن پایدار ندارید.



دریافت کمک برای مدیریت مالی و یادگیری مهارت‌های اجتماعی.



#### یافتن و نگهداری یک خانه پایدار

یافتن مکانی برای زندگی در صورتی که نیاز به کمک مسکن داشته باشید.



کمک به وجه‌الضمان مسکن و خدمات دیگر برای مستقر شدن در خانه.



حفظ یک مسکن ایمن و پایدار پس از اینکه جایی برای زندگی پیدا می‌کنید.



برای درخواست این خدمات یا اطلاع از داشتن صلاحیت لازم، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:30 صبح الی 5 بعدازظهر با ما تماس بگیرید:

کالیفرنیا شمالی: 1-833-721-6012 (TTY 711)

کالیفرنیا جنوبی: 1-866-551-9619 (TTY 711)

\* اعضا اجازه ندارند همزمان در ECM و هر یک از برنامه‌های زیر نام‌نویسی کنند: Hospice، Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)، (CCT) California Community Transitions، (CCM) Complex Care Management، (ALW) Assisted Living Waiver، Home and Community-Based Alternatives، (HIV/AIDS) Medi-Cal Waiver Program، (HCBS) Multipurpose Senior Services Program، و (HCBS-DD) Home and Community-Based Services Waiver for the Developmentally Disabled (MSSP).

## اطلاعیه عدم تبعیض

در این سند، «ما»، «ما را» یا «مال ما» به معنی Kaiser Permanente (شامل: Kaiser Foundation Health Plan, Inc، Kaiser Foundation Hospitals، The Permanente Medical Group، Inc و Southern California Medical Group) می‌باشد. این اطلاعیه در وبسایت ما در [kp.org](http://kp.org) در دسترس است.

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. ما از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کنیم.

ما به دلیل سن، نژاد، گروه قومی، رنگ پوست، ملیت، پیشینه فرهنگی، تبار، دین، جنسیت، هویت جنسی، ابراز جنسی، تمایل جنسی، وضعیت تأهل، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت پزشکی، منبع مالی، اطلاعات ژنتیک، شهروندی، زبان اصلی یا وضعیت مهاجرتی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شود یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کند.

Kaiser Permanente خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

- خدمات و کمک رایگان به افراد ناتوان برای اینکه بتوانند بهتر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:
  - ♦ مترجم حرفه‌ای زبان اشاره
  - ♦ ارائه اطلاعات کتبی در فرمت‌های دیگر (خط بریل، چاپ درشت، فایل‌های صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی و سایر فرمت‌ها)
- خدمات زبانی رایگان به کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
  - ♦ مترجم شفاهی حرفه‌ای
  - ♦ اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با بخش خدمات اعضا از طریق شماره‌های زیر تماس بگیرید. این تماس رایگان است. خدمات اعضا در تعطیلات رسمی تعطیل می‌باشد.

- Medicare، شامل D-SNP: 1-800-443-0815 (TTY 711)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته.
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)، 24 ساعته، 7 روز هفته.
- سایر موارد: 1-800-464-4000 (TTY 711)، 24 ساعته، 7 روز هفته.

متعاقب درخواست، این سند را می‌توانیم در خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرمت‌های الکترونیکی ارائه دهیم. جهت دریافت نسخه‌ای به یکی از این فرمت‌های جایگزین یا در فرمتی دیگر، با بخش خدمات ما تماس بگیرید و فرمت مدنظر خود را درخواست کنید.

### نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائه این خدمات ناتوان بوده‌ایم یا به روشی دیگر تبعیض غیرقانونی قائل شده‌ایم، می‌توانید نارضایتی از تبعیض را نزد ما طرح کنید. می‌توانید نارضایتی را به صورت تلفنی، پستی، حضوری یا آنلاین ثبت کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به کتابچه راهنمای پوشش طرح (Evidence of Coverage) یا گواهی بیمه (Certificate of Insurance) خود مراجعه کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه‌های مربوط به خود، یا کمک در ثبت نارضایتی با خدمات اعضا تماس بگیرید.

نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها ثبت کنید:

- به صورت تلفنی: با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره‌های تلفن در بالا ذکر شده‌اند.
- از طریق پست: فرمی را از طریق [kp.org](http://kp.org) دانلود کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال کنند که بتوانید آن را برگردانید.
- به صورت حضوری: فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) مراجعه کنید)

- آنلین: از فرم آنلین در وبسایت ما به نشانی **kp.org** استفاده کنید  
همچنین می‌توانید مستقیماً با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Kaiser Permanente به نشانی‌های زیر تماس بگیرید:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

نحوه تکمیل فرم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (فقط برای ذی‌نفعان Medi-Cal)  
همچنین به‌صورت تلفنی یا از طریق ایمیل می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا تنظیم کنید:

- به‌صورت تلفنی: تماس با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) به شماره **916-440-7370** (TTY 711)  
از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این نشانی اینترنتی در دسترس قرار دارد:

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- آنلین: ارسال ایمیل به [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

نحوه تنظیم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده  
می‌توانید شکایتی در رابطه با تبعیض نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده طرح کنید. شکایت خود را می‌توانید به‌صورت کتبی، از طریق تلفن یا به‌صورت آنلین طرح کنید:

- از طریق تلفن: تماس با شماره **1-800-368-1019** (TTY 711) یا **1-800-537-7697**  
از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس قرار دارد:

<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- آنلین: بازدید از پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>